

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE  
SECTEUR SERVICE DE GARDE

**IMPORTANT** : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.  
Ne pas remplir le formulaire dans un navigateur Web. **SVP, remplir les deux pages.**

École :		Année scolaire :							
<b>IDENTIFICATION</b>									
Nom de l'enfant		Prénom			Date de naissance Année Mois Jour		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Langue parlée et comprise par l'enfant									
Adresse				Code postal		Téléphone			
Parent A Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Père									
<input type="checkbox"/> Mère									
Adresse				Code postal		Courriel			
(*) N.A.S.:									
Parent B Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Père									
<input type="checkbox"/> Mère									
Adresse				Code postal		Courriel			
(*) N.A.S.:									
Tuteur Nom et prénom		Répondant <input type="checkbox"/>		Téléphone à domicile		Téléphone au travail		Cellulaire	
<input type="checkbox"/> Masculin									
<input type="checkbox"/> Féminin									
Adresse				Code postal		Courriel			
(*) N.A.S.:									
L'élève demeure chez :		Envoyez la correspondance à :							
1. Parents A et B		Nom			Prénom				
2. Parent A									
3. Parent B		Adresse (si différente de celle du père, de la mère ou du tuteur)			Code postal				
4. Garde partagée									
5. Tuteur									
Maternelle 4 ans		Maternelle 5 ans		1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant fréquentera le service de garde lors des journées pédagogiques.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Mon enfant est véhiculé en autobus scolaire.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

**En cas d'urgence, aviser une des personnes suivantes :**

Nom et prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone à domicile	Autre(s) téléphone(s)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**CHOIX D'HORAIRE**

(Mettre un X pour chacune des périodes de fréquentation)

Type d'horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
BLOC DU MIDI PRÉSCOLAIRE						
BLOC DU MIDI PRIMAIRE						
Date du début de la fréquentation au service de dîner				Année	Mois	Jour

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

EN CAS D'URGENCE, JE SOUSSIGNÉ(E) AUTORISE LE PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE À ADMINISTRER EN SITUATION D'URGENCE, LES PREMIERS SOINS NÉCESSAIRES ET À PRENDRE LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE MON ENFANT.		
Conduire mon enfant à :	Nom de l'hôpital	Téléphone
Médecin traitant:	Nom du médecin	Téléphone
L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'un handicap, d'une allergie alimentaire ou à un médicament? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser laquelle ou lesquelles)		
Remarques:		

**AUTORISATION ET SIGNATURE**

Je soussigné(e), affirme avoir pris connaissance des règlements du service de garde et je m'engage à les respecter et à défrayer les frais de garde. J'autorise la participation de mon enfant aux sorties organisées par le service de garde.

<b>Signature du parent ou du tuteur</b>	Année	Mois	Jour

\* Le numéro d'assurance sociale est obligatoire pour permettre au CSSDM de produire le Relevé 24 (crédit pour garde d'enfants). Ce relevé est transmis aux payeurs de factures et à Revenu Québec qui utilise le NAS comme identifiant unique des personnes.

(\* Je, soussigné(e), refuse de fournir mon numéro d'assurance sociale tel que demandé par le Centre de services scolaire de Montréal (information obligatoire selon la Loi de l'impôt sur le revenu).

Signature parent A

Date

Signature parent B

Date